

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1941

THÈSE ^{N°} 229

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Pierre VORON

Ancien Interne des Hôpitaux de Lyon

Né à Lyon le 7 avril 1912

LES THROMBUS GÉNITAUX
EN OBSTÉTRIQUE

A propos d'une statistique portant sur dix années
(1930-1940)

à la Maternité de la Clinique Tarnier

Président : M. JEANNIN, Professeur.

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND & JEAN BERTRAND, ÉDITEURS

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1941

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1941

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Pierre VORON

Ancien Interne des Hôpitaux de Lyon

Né à Lyon le 7 avril 1912

LES THROMBUS GÉNITAUX
EN OBSTÉTRIQUE

A propos d'une statistique portant sur dix années
(1930-1940)
à la Maternité de la Clinique Tarnier

Président : M. JEANNIN, Professeur.

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND & JEAN BERTRAND, ÉDITEURS
93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1941

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	PASTEUR-VALLERY- RADOT.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	HUGUENIN.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	PIEDELIEVRE.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LEVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	ABRAMI.
Hygiène et clinique de la première enfance	FIESSINGER.
Clinique des maladies des enfants	LOEPER.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	RATHERY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	LEREBoullet.
Clinique des maladies du système nerveux	NOBECOURT.
Clinique des maladies infectieuses	LAIGNEL-LAVASTINE
Clinique chirurgicale	GOUGEROT.
Clinique ophtalmologique	GUILLAIN.
Clinique urologique	LEMIERRE.
Clinique d'accouchements	MONDOR.
Clinique gynécologique	GOSSET.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	GREGOIRE.
Clinique thérapeutique médicale	LENORMANT.
Clinique oto-rhino-laryngologique	VELTER.
Clinique thérapeutique chirurgicale	CHEVASSU.
Clinique propédeutique	COUVELAIRE.
Clinique de la tuberculose	JEANNIN.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	LEVY-SOLAL.
Clinique de cardiologie	MOCQUOT.
Clinique de neuro-chirurgie	OMBREDANNE.
Assistance médico-sociale	HARVIER.
Professeurs sans chaire	LEMAITRE.
	Pierre DUVAL.
	M. VILLARET.
	TROISIER.
	LAUBRY.
	Clovis VINCENT.
	N...
	HAZARD.
	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIETY Pathologie médicale.
 BERNARD Etienne. Pathologie médicale.
 BESANÇON (Justin). Hydrologie.
 BONNET Bactériologie.
 BOULANGER .. Chimie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BROUET Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CACHERA Pathologie médicale.
 CORDIER Anatomie.
 COSTE Pathologie médicale.
 COUVELAIRE (Roger). Urologie.
 DELARUE Anatomie pathologique.
 DELAY Pathologie médicale.
 DEGREZ (H.) .. Physique.
 DESOILLE Médecine légale.
 DIGONNET Obstétrique.
 DOGNON Physique.
 FEVRE Pathologie chirurgicale.
 FUNCK-BRENTANO. Pathologie chirurgi-
 cale.
 GALLIARD Parasitologie.
 GARCIN Pathologie médicale.
 M^{me} GAUTHIER-VILLARS. Anatomie pa-
 thologique.
 GAYET Physiologie.
 DE GENNES ... Pathologie médicale.

MM.

GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 JOANNON Hygiène.
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOUL.. Obstétrique.
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie experimen-
 tale.
 LENEGRE Pathologie médicale.
 M^{me} J. LEVY... Pharmacologie.
 MARCHAL Pathologie médicale.
 MENEGAUX ... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET Pathologie médicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PATEL Pathologie chirurgicale.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirur-
 gicale.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHEL Physiologie.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 SICARD Pathologie chirurgicale.
 SOULIE Pathologie médicale.
 SUREAU Obstétrique.
 TURPIN Pathologie médicale.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.



III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT. Physiologie.
 GUENIOT Obstétrique.
 HEITZ-BOYER.. Pathologie chirurgicale.

MM.

Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER ... Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 VAUDESCAL .. Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.

ALAJOUANINE .
BRULE
CATHALA
CHABROL
CHEVALLIER ..
DONZELOT
DUVOIR
GASTINEL
LAROCHE (G.)..
LIAN
MOREAU
SEZARY

Clinique médicale.

MM.

BASSET
BROCO
CADENAT
GATELLIER ...
de GAUDART
d'ALLAINES..
LEVEUF
MOULONGUET..
MOURE
QUENU
FEY

Clinique chirurgicale.

MM.

ECALLE
METZGER
PORTES
VIGNES

Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé Education physique.
LEDOUX-LEBARD Radiologie clinique.
RUPPE Stomatologie.
WEIL-HALLE Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE, LE DOCTEUR J. VORON

Professeur de Clinique Obstétricale
à la Faculté de Lyon

A MA MERE

*Je leur dois tout. Qu'ils trouvent en
l'hommage que je leur fais de ce tra-
vail, modeste thèse de guerre, le témoi-
gnage de ma reconnaissance et de mon
immense affection.*

A MES FRERES, BEAUX-FRERES ET SŒURS

A MES NEVEUX

A MON FILLEUL, PIERRE SIBILLE

A MON ONCLE, LE DOCTEUR L. TIXIER

Professeur de Clinique Chirurgicale
à la Faculté de Lyon

*Je lui dois une grande part de ce que
je sais en chirurgie où il fut mon pre-
mier maître.*

A LA MEMOIRE DE CEUX DES MIENS
QUI NE SONT PLUS

A MES AMIS

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur CYRILLE JEANNIN

Professeur de Clinique Obstétricale
à la Faculté de Médecine de Paris

Nous lui exprimons toute notre reconnaissance respectueuse pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant de présider notre thèse.

Nous sommes heureux de lui rappeler à cette occasion toute l'amitié si ancienne déjà et si grande que mon père a pour lui.

A MES JUGES

Très respectueusement.

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX DE LYON

Stages et Externat :

Monsieur le Docteur MOLIN,
Monsieur le Professeur agrégé LAROYENNE,
Monsieur le Docteur ALAMARTINE,
Monsieur le Docteur PALIARD,
Monsieur le Docteur PERRIN,
Monsieur le Docteur NOVE-JOSSERAND,
Monsieur le Professeur CORDIER,
Monsieur le Professeur agrégé DEVIC.

Internat provisoire et Internat :

Monsieur le Professeur agrégé E. POLLOSSON,
Monsieur le Professeur CHALIER,
Monsieur le Professeur agrégé GUILLEMINET,
Monsieur le Professeur SANTY,
Monsieur le Professeur TIXIER,
Monsieur le Professeur agrégé PIERRE BERTRAND,
Monsieur le Professeur agrégé PH. ROCHET,
Monsieur le Professeur PATEL,
Monsieur le Professeur agrégé MALLET-GUY.

A MES CAMARADES DE GUERRE
DE L'AMBULANCE CHIRURGICALE
LEGERE D'ARMEE 246 ET A SES CHEFS :

Le Médecin-Commandant MAILLET-GUY,

Le Médecin-Capitaine DE ROUGEMONT, Professeur
agréé,

Le Médecin-Capitaine TOUILLON.

A MES CHEFS, A MES CAMARADES,
A MES AMIS DU SECRETARIAT D'ETAT
A LA JEUNESSE

*Ce sera une des fiertés de notre vie
que d'avoir appartenu pendant les
mois qui suivirent la défaite, à ce petit
groupe qui ne s'intéressait qu'à la
France meurtrie, notre patrie. Nous
avons l'espoir très ferme que nos
efforts n'auront pas été vains et que
des germes de cette Révolution Natio-
nale que nous avons semés ensemble
naîtra une France plus belle et plus
forte.*

A MES CAMARADES ET AMIS
DE L'INTERNAT LYONNAIS

A MES MAITRES DE CONFERENCES
D'EXTERNAT ET D'INTERNAT

ET TOUT SPECIALEMENT

A M. LE PROFESSEUR AGREGE CREYSSEL

*Qui avait bien voulu nous admettre
à sa conférence de chirurgicat.*

A MES ELEVES DE CONFERENCES D'EXTERNAT
ET D'INTERNAT

*En souvenir de l'atmosphère amicale
qui y régnait et à laquelle nous tenions
tant.*

INTRODUCTION

On désigne en obstétrique sous le nom de thrombus ou hématomes génitaux des collections sanguines qui se font soit pendant la grossesse, soit, beaucoup plus souvent, pendant et après l'accouchement, et qui siègent dans les espaces cellulaires de la région génitale.

Ce sont des affections rares. CADILHAC trouve un thrombus sur 2.200 accouchements, BAR 1 pour 1.500, CHAMPEAU 1 pour 2.000.

Le Professeur JEANNIN a bien voulu nous permettre d'examiner à ce sujet les archives de ces dix dernières années à la Clinique Tarnier. Nous y avons découvert 12 cas de thrombus génitaux signalés. Si l'on considère que ces 12 cas portent sur un nombre total d'observations d'environ 22.000 à 23.000, on voit que notre statistique se rapproche beaucoup de celle des auteurs précités et que la fréquence du thrombus n'excède pas 1 sur 2.000 accouchements environ.

Sur ces 12 cas, deux observations ont été égarées, le thrombus étant seulement signalé dans le registre des suites de couches. Nous publions les dix observations restantes.

Notre intention n'est pas de nous étendre longue-

ment sur des données aujourd'hui classiques et indiscutées concernant par exemple la pathogénie ou les symptômes des thrombus. Tout semble avoir été dit à ce sujet et nous ne voudrions pas transcrire servilement certaines pages des manuels d'accouchement. Nous nous bornerons donc à rappeler, en passant, certaines notions essentielles.

Mais aussi bien en feuilletant les observations de la Clinique Tarnier qu'en recherchant les travaux parus depuis la grande guerre sur ce sujet, nous avons été frappé de la différence fondamentale qui existait notamment en ce qui concerne l'évolution, le pronostic, le traitement, entre les deux grandes variétés d'hématomes génitaux :

— Les premiers, bas situés, vulvo-vaginaux, de diagnostic facile, d'évolution généralement bénigne, ne nécessitant souvent qu'un traitement anodin.

— Les seconds, haut situés, pelvi-abdominaux, difficiles à reconnaître, graves, réclamant un traitement chirurgical toujours difficile, souvent mutilateur.

Ainsi nous est apparue l'obligation de séparer bien dans notre étude ces deux affections dont le substratum anatomique est évidemment commun, mais qui se présentent si différemment au clinicien. Nous ne perdons naturellement pas de vue les points communs aux deux variétés d'hématome. Nous n'ignorons pas qu'un thrombus vaginal peut remonter, décoller le paramètre, devenir enfin pelvi-abdominal. Mais nous nous sommes cru cependant autorisé à présenter en deux chapitres distincts nos observations de thrombus et les remarques qu'elles nous suggèrent.

CHAPITRE PREMIER

LES THROMBUS VULVO-VAGINAUX

Observations

OBSERVATION N° 1. — Siège décomplété mode des fesses. Délivrance naturelle complète. Déchirure incomplète du périnée. Thrombus vulvaire.

Mer... Julie, 30 ans, primipare, entre à la clinique Tarnier le 17-4-1934. Rien à retenir dans ses antécédents. Dernières règles du 7 au 10 juillet 1933. Grossesse sans aucun trouble. Bassin normal. Pas d'albumine. Présentation du siège fixée en fin de grossesse.

Début du travail le 17-4, à 20 heures. Durée de la dilatation : 3 h. 45. Rupture des membranes spontanée prématurée à 8 heures. Engagement en S.I.G.A. Dégagement en S.T. Durée du travail : 4 h. 35. Déchirure incomplète du périnée : 3 crins.

Enfant de 2 kg. 950, né étonné. Délivrance naturelle. A 6 heures du matin, au moment du transfert de la femme dans la salle, on aperçoit sur la lèvre droite et s'étendant sur la fesse un hématome important, dur à la palpation : thrombus vulvaire simple, car au toucher on ne trouve aucune tumeur dans le vagin (D^r LANTUÉJOL).

Pas de traitement spécial. Suites de couches simples. Température autour de 37°6. Sortie au 16^e jour.

OBSERVATION N° 2. — Sommet en O.I.G.A. Dégagement en O.P. Application de forceps pour modification des bruits du cœur. Délivrance naturelle. Thrombus.

Il s'agit d'une femme de 40 ans, IV^e geste. Rien à signaler dans les antécédents personnels ou collatéraux. Antécédents obstétricaux : application de forceps au deuxième accouchement. Suites de couches normales. Enfant vivant. Présentation du siège au troisième accouchement.

Gestation actuelle : dernières règles le 15 juillet 1933. Grossesse normale; pas d'albumine. Présentation du sommet. Engagement effectué à terme.

Travail : durée de la dilatation 11 heures. Rupture des membranes artificielle précoce. Engagement en O.I.G.A. Tête mal fléchie. Application de forceps pour modification des bruits du cœur. Dégagement en O.P. Durée totale du travail : 11 h. 30.

Délivrance naturelle. Placenta normal.

Enfant vivant de 3.750 grammes.

Apparition d'un thrombus vulvaire au deuxième jour des suites de couches. Aucun traitement spécial. Suites de couches apyrétiques et simples.

OBSERVATION N° 3. — Accouchement normal. Délivrance naturelle. Membranes déchirées paraissant complètes. Thrombus.

Aym... Paulette, primipare de 20 ans, entre le 14-2-1935 à la clinique Tarnier.

Réglée à 12 ans, elle a été opérée d'une appendicite en 1929; d'une salpingite en 1932. En janvier 1933, avortement suivi d'un curetage.

Grossesse actuelle : dernières règles du 8 au 12 mai 1934. Gravidité bien tolérée. Pas d'albumine.

Accouchement naturel à terme; engagement en O.I.D.P.

Dégagement en O.P. Durée totale du travail : 5 h. 40. Placenta en partie découronné. Membranes déchirées, mais complètes. Enfant vivant de 3.200 grammes.

Le 20-2-1935 (6^e jour des suites de couches), on note : « Utérus petit, col fermé » ; on trouve sur la paroi latérale gauche du vagin, dans le tissu cellulaire pararectal, une tuméfaction du volume d'un demi-citron, arrondie, régulière, non douloureuse, qui est certainement un hématome. Après un examen fait à quelques minutes d'intervalle, il semble bien que l'écoulement sanguin provienne d'une évacuation partielle de cette poche, car elle est moins tendue. Par le toucher rectal, on retrouve la même tumeur. Une ampoule d'ergotine.

Le 6-3-1935 : masse sous tension, très fluctuante, du volume d'une demi-orange. Température à 38°8.

Le 7-3-1935 : incision d'un thrombus vaginal à la partie déclive. Il sort une certaine quantité de sang marron et gluant, ressemblant à une collection d'hématocèle. On ramène au doigt une certaine quantité de caillots anciens. Pas de drainage. Suites simples.

OBSERVATION N° 4. — Primipare de 28 ans. Accouchement spontané. Thrombus vulvo-vagino-périnéal. Incision.

M^{me} Dar... Adèle, primipare, âgée de 28 ans, entre le 31-5-1935 à la clinique Tarnier. Grossesse normale à terme. Dernières règles du 15 au 20 septembre 1934. Accouchement spontané. Délivrance naturelle.

Peu de temps après l'accouchement, on constate un thrombus vulvo-vagino-périnéal droit de très gros volume (2 poings fermés). La grande lèvre est surdistendue. Toute la paroi vaginale droite forme une saillie arrondie qui comble complètement le vagin et vient même refouler la paroi gauche. La partie antérieure de la fosse ischio-rectale est également distendue. Une vaste ecchymose occupe la partie antérieure de la fesse droite et toute la grande lèvre droite. Cette ecchymose déborde sur la lèvre gauche, mais reste strictement unilatérale au niveau du périnée. Ce thrombus est fissuré au niveau de sa partie supérieure, au-dessous du clitoris, et dans sa partie antérieure et vaginale il prend facilement un aspect shacélique.

Le premier et le deuxième jour, abstention opératoire; on se contente de mettre des pansements de sérum chaud et de faire de la morphine.

Le troisième jour, en raison de la fissuration et du sphacèle, on intervient pour vider la poche. Incision antérieure longue de 4 cm. On vide le thrombus au doigt, sans cependant gratter les caillots collés aux parois de la poche. Une mèche imbibée de sérum anti-gangréneux.

L'intervention a été faite sous anesthésie au chlorure d'éthyle. Suites très simples.

OBSERVATION N° 5. — Accouchement normal. Délivrance en O.P. Délivrance naturelle. Petit thrombus vulvaire.

M^{me} Fel... Philomène, primipare, âgée de 32 ans, entre le 15-10-1935 à la clinique Tarnier.

Rien à signaler dans les antécédents.

Grossesse normale bien supportée. Pas d'albumine. Sommet en O.I.G.A. Engagement au début du travail. Durée du travail : 3 heures.

Rupture artificielle tempestive de la poche des eaux.

Dégagement en O.P.

Enfant vivant pesant 3.650 grammes.

Placenta normal.

Apparition rapide d'un petit thrombus par rupture d'un petit vaisseau vulvaire. Pas de traitement spécial.

Suites simples.

OBSERVATION N° 6. — Accouchement simple et naturel d'un sommet en O.I.D.P. Délivrance naturelle. Petit hématome de la fourchette vulvaire.

M^{me} Ber... Andrée, primipare de 22 ans, entre à la clinique Tarnier le 4-9-1936, à 8 heures du matin. Aucun antécédent pathologique à retenir. Réglée à 13 ans régulièrement. Mari en bonne santé.

Dernières règles le 25 novembre 1935. Grossesse normale, bien supportée. Pas d'albumine. Bassin normal. Tête fixée à la fin du 8^e mois. La dilatation dure 5 h. 30 environ. L'expulsion : une heure. A noter seulement une injection de spasmodine deux heures avant la dilatation complète.

Accouchement naturel à terme. Sommet en O.I.D.P.

Dégagement en O.P.

Garçon vivant de 3.400 grammes.

Délivrance naturelle complète de 500 grammes.

Un petit hématome de la fourchette vulvaire est remarqué à la sortie de la salle de travail. Il évoluera sans traitement spécial vers la résorption. Suites simples, apyrétiques. Sortie au 13^e jour.

OBSERVATION N° 7. — Forceps sur une O.I.G.P. mal fléchie. Dégagement en O.S. Thrombus de la grande lèvre droite.

Bl... Paulette, primipare, âgée de 27 ans, entre à la clinique Tarnier le 1^{er} décembre 1938. Aucun antécédent à retenir. Réglée à 14 ans. Mari en bonne santé.

Dernières règles du 8 au 10 février. Grossesse normale, pas d'albumine.

A l'entrée : tête encore très élevée; petit enfant. Au toucher, promontoire non atteint, mais bassin paraissant un peu rétréci transversalement.

Le 1^{er} décembre 1938 : utérus tendu, étroit. Segment inférieur bien formé (D^r MERGER).

Le 10 décembre, à 6 heures, le travail commence, la tête s'engage. Les membranes se rompent à 10 heures. La dilatation est complète à 13 heures. Mais le sommet est en O.I.G.P., la tête très mal fléchie (la fontanelle antérieure est rapprochée du centre du bassin). Malgré les efforts expulsifs de la femme, la présentation ne progresse pas et tend à tourner en arrière. Aussi, on décide de poser un forceps.

A 13 h. 40 : application de forceps Tarnier sur tête en O.I.G.P. Dégagement en occipito-sacrée.

Garçon vivant de 2.800 grammes. Délivrance naturelle : 550 grammes. On aperçoit alors un hématome de la grande lèvre droite.

Le 19 décembre, l'hématome ayant tendance à suppurer, la femme est envoyée à l'isolement avec le diagnostic de bartholinite.

Le 20, sous anesthésie générale, incision d'un thrombus vulvaire. Une mèche 24 heures. Suites simples. Sortie le 28 décembre.

OBSERVATION N° 8. — Siège décomplété. Délivrance normale. Thrombus. Incision au 16^e jour.

M^{me} Man... Andrée, primipare, âgée de 21 ans. Ne présente pas d'antécédents dignes d'être signalés. Enceinte pour la première fois, ses dernières règles sont du 15 avril 1940. Elle rentre à la Maternité à la clinique Tarnier avant terme le 16-1-1941. Le travail dure 6 heures environ. La rupture des membranes est spontanée, prématurée. Siège en S.I.G.A. Dégagement en S.T. avec épisiotomie. Délivrance naturelle et complète pesant 380 grammes. Garçon vivant prématuré de 8 mois environ, pesant 2.550 grammes et bien constitué.

Un thrombus vulvaire est apparu rapidement. Il est incisé au 16^e jour des suites de couches, parce qu'il menaçait de suppurer.

Suites simples. Sortie 15 jours plus tard.

I. — Considérations Générales.

Les hématomes vaginaux, vulvo-vaginaux et vulvaires simples, sont connus depuis longtemps. Ces derniers surtout ont été bien étudiés dans la thèse de THIBAUDIER. Nous n'avons pas la prétention de revenir sur certaines données aujourd'hui admises par

tous. Notamment la pathogénie du thrombus (avec ses deux causes essentielles : d'une part, la laxité très grande des espaces cellulux péri-génitaux; d'autre part, l'hypervascularisation considérable de cette sphère génitale pendant la grossesse) semble bien être une chose définitivement acquise.

Il en est de même de la triade symptomatique : tumeur, douleur, hémorragie interne ou externe. Tous ces symptômes sont parfaitement décrits dans les traités d'obstétrique et il est inutile d'y revenir. D'ailleurs, les observations que nous publions ne nous permettent aucun aperçu original sur ces différents sujets.

Nous ne pouvons qu'entériner aussi ce qui a été dit des causes favorisant les thrombus : primiparité (7 de nos malades sur 8 sont des primipares; deux ont dépassé la trentaine). Traumatisme obstétrical (2 sièges décomplétés, 2 forceps, 1 dégagement en occipito-sacrée). Volume de l'enfant (3 nouveau-nés sur 8 pèsent notablement plus que la moyenne).

Certains auteurs ont voulu faire jouer un rôle considérable à la rupture de veines variqueuses situées au-dessous de la muqueuse vaginale et de la vulve. C'est ainsi que LABRY et CHAVENT, dans une observation dont nous reparlerons plus loin, ont été impressionnés par les énormes varices vulvaires dont leur malade était porteuse et pensèrent que la rupture d'une varice vulvaire ou son infection fut le début du thrombus qu'ils observèrent. RHENTER, PIGEAUD et GUILLERMAIN signalent également chez leur malade d'énormes varices à la vulve et aux membres inférieurs. Nos observations ne nous permettent d'appor-

ter aucune contribution quant au rôle possible des ruptures variqueuses dans la genèse des thrombus vulvo-vaginaux.

Dans les causes favorisantes, on a voulu faire jouer aussi un rôle à certaines affections hémorragipares, aux cardiopathies, aux infections, à l'albuminurie. Il s'agit bien là sans conteste d'affections qui peuvent aider puissamment la naissance d'un hématome. Mais dans les huit observations que nous rapportons, nous n'avons pu trouver trace de ces différentes maladies.

Enfin, il est un point qui semble avoir beaucoup et favorablement évolué avec les progrès de l'obstétrique : c'est la question du pronostic. Dans une statistique ancienne, DENEUX accusait une mortalité de 35 %. Pour BLOT, elle était encore de 26 %. Elle descendit encore par la suite aux environs de 12 %. Notre statistique à la Clinique Tarnier nous paraît éminemment favorable, puisqu'elle ne comporte pas de mortalité.

Il est vrai qu'elle ne comporte pas d'exemple des hématomes les plus graves, ceux qui se constituent pendant la grossesse ou au cours du travail avant l'expulsion du fœtus. Cependant, ces thrombus, à en croire les classiques, représentent : les premiers 4 à 5 %, les seconds environ 25 % des hématomes obstétricaux. Et cette notion n'a pas qu'une importance théorique; c'est elle qui commande toute la thérapeutique de l'affection. Ce sont ces considérations thérapeutiques qui nous ont paru les plus intéressantes. C'est sur elles que nous voulons nous étendre le plus longuement.

II. — Traitement.

A) LES MÉTHODES.

La première question qui se pose est de savoir de quels moyens thérapeutiques nous disposons pour le traitement de ces hématomes.

Nous commencerons par rejeter un procédé qui fut employé, mais qui nous paraît à la fois inefficace et dangereux, et auquel il ne faut conserver qu'une valeur purement diagnostique : la ponction de l'hématome. Inefficace, parce que la présence habituelle de caillots dans la poche ne tarde pas à boucher l'aiguille. Dangereux, parce que cette ponction expose à ce qu'il faut éviter à tout prix : l'infection de la poche.

Restent trois procédés d'inégale valeur et d'indications différentes :

1° L'expectative, avec un simple pansement aseptique ou une compresse imbibée de sérum sur la région où siège l'hématome. Dans 50 % des cas que nous rapportons, ce traitement fut suffisant, et la résorption de l'hématome se fit spontanément. Il a de plus l'avantage d'éviter dans la mesure du possible les risques de suppuration et les cicatrices rétractiles, car, comme le disait COMMANDEUR : « Ce n'est pas toujours que les malades ayant présenté un thrombus vaginal conservent une souplesse parfaite de la cloison rectovaginale. J'ai le souvenir d'un cas où se produisit consécutivement un gros tissu cicatriciel aboutissant à une sclérose définitive du vagin. »

2° L'incision immédiate ou retardée, suivie du tamponnement serré de la loge de l'hématome. C'est le procédé le plus souvent employé. Il a l'avantage d'être à la portée de tous et de donner le plus souvent des résultats satisfaisants.

En 1921, VORON et RHENTER présentent l'observation d'un volumineux thrombus vulvaire droit apparu après la délivrance, atteignant en une heure le volume d'une tête fœtale et se rompant rapidement. On fit l'ablation des caillots, on mit une mèche pendant 24 heures, et la malade guérit facilement. « Il semble bien, concluaient les auteurs, que le procédé de choix reste l'incision suivie d'un curage digital après une expectative de 24 à 48 heures pour laisser à l'hémostase spontanée le temps de se constituer. »

Pour ce qui est du tamponnement, RHENTER, en 1928, revenant sur la question, présente l'observation d'une malade à qui il dut laisser, pendant les cinq jours qui suivirent l'accouchement, une mèche dans la poche du thrombus et deux dans le vagin, parce que chaque essai de mobilisation des mèches faisait réapparaître l'hémorragie. Aussi préconisait-il d'affaisser la poche hémorragique en bourrant le vagin de mèches sans en mettre aucune dans cette poche, parce que son ablation, ou sa simple mobilisation par frottement de voisinage, fait reprendre l'hémorragie.

3° L'hémostase méthodique et chirurgicale de la poche, suivie de son capitonnage et de suture de la muqueuse, paraît bien être aujourd'hui le traitement idéal. Préconisé pour la première fois par BALARD en

1922, le procédé fut repris avec succès et défendu par notre Maître LABRY en 1929.

Voici l'essentiel de ce que disait BALARD en présentant son procédé :

« Le pronostic du thrombus vaginal dépend pour une part de sa localisation et pour une autre, non moins importante, de l'asepsie du milieu sur lequel il évolue. Ce dernier facteur, essentiel à notre avis, étant presque entièrement sous notre dépendance, il s'ensuit qu'en dehors des thrombus pelvi-abdominaux réalisant de vastes décollements sous-péritonéaux et se produisant seulement en fait chez des prédisposées par albuminurie, infection ou diathèse hémorragipare, le pronostic de cette affection doit être très amélioré par le fait même du traitement qui lui est opposé.

« Or, dans le thrombus vulvo-vaginal, variété la plus fréquemment rencontrée, le traitement classique par incision et tamponnement ne paraît pas répondre d'une façon absolument satisfaisante aux méthodes récentes telles qu'elles découlent de l'expérience de la chirurgie de guerre. Il y aurait lieu, semble-t-il, dans les hématomes chirurgicaux, après avoir vidé la plaie et assuré l'hémostase, de tenter la suture immédiate dont le succès dépend uniquement du degré d'asepsie que nous avons pu réaliser. C'est là le traitement que nous avons appliqué avec succès dans l'observation que nous rapportons :

« Le 15 août 1920, nous sommes appelé par une sage-femme auprès d'une primipare qui, après une heure environ d'expulsion, avait présenté brusquement une tumeur de la grande lèvre gauche ayant atteint en quelques minutes le volume

d'une très grosse orange. La brusquerie d'apparition, l'aspect violacé et la consistance de la tumeur tendue et fluctuante font immédiatement poser le diagnostic.

« L'hématome repousse fortement la fente vulvaire vers la droite et remonte dans le vagin jusqu'à la tête fœtale arrêtée dans l'excavation par le volume même de la tumeur.

« L'interrogatoire de la parturiente permet de penser qu'elle est indemne d'affection génitale; d'autre part, les pratiques habituelles de la sage-femme nous permettent de compter sur son aseptie. Dans ces conditions, nous nous croyons autorisé à pratiquer le traitement chirurgical dont nous avons parlé.

« Sous anesthésie, débridement de la poche par une double incision, l'une externe, parallèle à la fente vulvaire, l'autre vaginale, perpendiculaire à la précédente, et divisant en deux la grande lèvre et la paroi latérale du vagin. Ablation des caillots, forceps très simple en gauche antérieure. Après la délivrance, exploration de la cavité de l'hématome. En dehors d'une hémorragie en nappe de peu d'importance, on se rend compte que le sang vient surtout de la partie supérieure de la grande lèvre au niveau de l'orifice externe du canal inguinal; ligature en masse de ce qui saigne en chargeant les tissus de voisinage sur une aiguille courbe. Capitonage de la poche pour éviter les espaces morts. Suture de la paroi vaginale et de la grande lèvre au catgut; crins sur l'incision externe.

« Soins consécutifs : injection bi-quotidienne à l'eau de Labarraque diluée. Pansement avec gaze imbibée d'hémostyl. Durant les suites de couches, la température ne dépasse pas 37°6. Un jour, crise de dysurie qui cède à un traitement banal. Le dixième jour, ablation des fils : suture en parfait état. La malade, revue depuis lors, ne présente pas trace de cicatrice ni la moindre déformation de la grande lèvre. Aucun trouble consécutif.

« Cette observation démontre d'abord que, malgré l'opinion formulée par quelques auteurs, ce n'est pas toujours une hémorragie capillaire qui est en cause dans la production du thrombus. Au reste, pour réa-

liser presque instantanément une tumeur hématique d'un certain volume, il faut qu'il y ait rupture d'un vaisseau de calibre suffisant. L'idéal paraît donc ici, comme en chirurgie, de tenter l'hémostase par ligature plutôt que de se contenter d'un tamponnement, lequel ne doit jamais être qu'un pis-aller.

« Enfin, si l'on n'a pas à redouter un état infectieux antérieur des voies génitales, et si on peut assurer à la parturiente l'asepsie rigoureuse à laquelle doit prétendre l'obstétrique, il est possible, après l'hémostase, de pratiquer un drainage de la cavité hématique et une suture immédiate qui assureront à nos malades la guérison dans le minimum de temps. »

Il est donc évident que cette suture ne doit pas être pratiquée dans les cas infectés, car elle pourrait alors aggraver l'intervention. BALARD tient à bien spécifier qu'il faut la réserver aux cas non infectés antérieurement, et lorsque dans le post-partum on est en mesure d'assurer une rigoureuse asepsie. Du reste, les chirurgiens qui ont préconisé la suture immédiate des plaies ne l'ont fait que pour autant qu'ils avaient pu, par l'épluchage, en assurer complètement l'asepsie.

B) LES INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES.

Elles dépendent de trois facteurs essentiels : la date d'apparition du thrombus; son intégrité ou sa rupture; son asepsie ou son infection.

1° Le thrombus apparaît pendant la grossesse.

Nous savons qu'il s'agit là d'une éventualité très rare. On doit dans ce cas faire l'impossible pour évi-

ter la rupture et l'infection de la poche : repos absolu au lit, pansement protecteur. Si l'hématome n'est pas trop volumineux, il peut ainsi se résorber et guérir spontanément. « Au cas où un hématome vulvaire préexisterait à l'accouchement et ne se romprait pas spontanément, l'abstention me paraîtrait devoir s'imposer jusqu'au début du travail. Le risque d'infection de ces poches paraît être considérable, et l'on comprend le danger couru si la suppuration persistait au moment de l'accouchement. » (RHENTER.)

A l'appui de cette façon de voir, TRILLAT rapporte un cas de thrombus vulvaire bilatéral survenu chez une femme enceinte de huit mois et demi. Malgré les douleurs violentes, l'expectative parut préférable. Le travail commença à terme deux semaines plus tard. Deux incisions furent nécessaires au moment de l'accouchement pour éviter l'éclatement du périnée; les suites furent simples.

Mais tout ne se passe pas toujours ainsi; bien souvent, le thrombus augmente et menace de se sphacéler. Il faut alors intervenir, si possible avant la rupture, afin d'éviter l'infection. Nous préférons alors la suture chirurgicale après hémostase, préconisée par BALARD, à la simple incision suivie de tamponnement qui expose certainement davantage à l'infection dans les suites opératoires.

A l'appui de cette théorie, nous rapportons l'observation suivante de notre Maître le Docteur LABRY, d'abord parce qu'elle est un plaidoyer pour le procédé chirurgical plus élégant et plus sûr que nous défendons; ensuite parce qu'elle a trait précisément à un

thrombus vulvo-vaginal survenu au sixième mois d'une grossesse.

M^{me} Ba..., 27 ans, entre à la clinique gynécologique le 9 août 1928 pour métrorrhagies et bartholinite. Dans ses antécédents, deux accouchements normaux sont à noter et la malade présente actuellement une grossesse normale de 6 mois 1/2.

L'affection paraît avoir débuté brusquement il y a deux ou trois jours par de violentes douleurs vulvaires du côté droit. En même temps, des hémorragies se produisirent qui furent considérées comme des métrorrhagies par le médecin traitant et soignées comme telles. Secondairement, une tuméfaction vulvaire apparaît sur la lèvre droite et fut prise pour une bartholinite aiguë, ce qui explique son entrée à la clinique.

Le 11 août, la malade eut brusquement à nouveau une hémorragie sérieuse qui s'accompagna d'un certain degré d'anémie.

Le 12 août, on remarquait alors une tuméfaction vulvaire qui distendait la lèvre droite, de consistance kystique, de couleur violacée et du volume d'une orange. Sur sa partie interne, une petite zone de sphacèle large comme une pièce de 50 centimes traduisait la source des hémorragies et laissait apparaître un caillot noirâtre. Le toucher vaginal révélait que l'hématome se prolongeait à droite profondément le long de la paroi vaginale.

Au point de vue obstétrical : grossesse normale, présentation du sommet banale.

Le diagnostic de thrombus vulvaire étant posé, l'intervention fut aussitôt pratiquée. Sous anesthésie générale discrète, incision du thrombus, ablation de nombreux caillots. Nettoyage à la curette et à la compresse des parois de la poche. Une hémorragie sérieuse profonde et en nappe se manifeste. Avec l'aide de valves profondes, on arrive néanmoins à pratiquer une hémostase méthodique avec l'aide d'une longue aiguille courbe de Reverdin qui permet de placer plusieurs points en U profonds, réalisant un capitonnage serré; une mèche non tassée est laissée dans la cavité. Suites absolument banales. Sortie au 10^e jour.

Après quelques considérations pathogéniques, les auteurs ajoutent ces remarques thérapeutiques qui se superposent admirablement à la façon de voir de BAILLARD : « Si le curage digital des caillots et le tamponnement consécutif serré, direct ou indirect (par le vagin) de la poche hématique paraît être le traitement classique, nous avons chez notre malade pratiqué une hémostase plus méthodique et plus chirurgicale. Avec de larges valves, le fond de la poche hématique fut suffisamment mis à jour pour permettre, avec une longue aiguille courbe, d'établir un surjet hémostatique profond et efficace. En présence d'un thrombus vulvaire de la grosseur, alors que la seule préoccupation hémostatique existe, nous estimons ce procédé logique et recommandable. »

Personnellement, nous nous rallions complètement à cette opinion.

2° Le thrombus est apparu ou existait déjà au moment de l'accouchement.

Deux éventualités sont alors possibles; dans les cas les plus rares, la tumeur est de petit volume et ne gêne pas l'accouchement. L'expectative s'impose. Le plus souvent, la tumeur est une cause de dystocie ou elle se rompt sous la poussée du pôle fœtal. Il faut alors terminer rapidement l'accouchement par forceps ou version après avoir incisé largement le thrombus ; puis traiter la poche par tamponnement si l'asepsie est douteuse, ou mieux par hémostase chirurgicale méthodique dans l'hypothèse la plus fréquente où l'on est sûr de son asepsie.

3° Le thrombus apparaît dans les suites de couches, plus ou moins tôt : c'est l'éventualité de beaucoup la plus fréquente.

L'expectative est alors de mise et suffira bien souvent, l'hématome se résorbant spontanément.

Si le thrombus se rompt ou menace de se sphacéler, c'est là encore que l'hémostase méthodique avec suture nous paraît devoir l'emporter sur le tamponnement à l'aide de mèches. Il n'est pas besoin de souligner l'importance d'une cavité vaginale libre de tout obstacle dans les premiers jours des suites de couches.

4° Enfin, quelle que soit la date d'apparition du thrombus, celui-ci peut s'infecter et suppurer. La conduite à tenir est alors évidemment l'incision large suivie de drainage. On se trouvera bien, assez fréquemment, d'imbiber les mèches d'hémostase avec un liquide hémostatique ou anti-infectieux (bouillie lactique, hémostatique Ercé, sérum anti-gangréneux).

Une observation de CHARBONNEL et FAVREAU concernant un thrombus du vagin tardivement infecté; une de BAUDIN rapportant le cas d'un thrombus pédiculé du vagin tardivement infecté, nous prouvent que la guérison de ces hématomes suppurés est le plus souvent simple et rapide.

Le gros danger de ces suppurations réside évidemment dans la possibilité d'infection ascendante d'un utérus encore ouvert. On n'oubliera pas d'y veiller, dans la mesure du possible, par les moyens préventifs habituels.

CHAPITRE II

LES THROMBUS ABDOMINAUX ET ABDOMINO-PELVIENS

I. — Observations.

OBSERVATION N° 9. — VI^e pare. Accouchement fait en ville. Hémorragies dans les suites de couches. Hystérectomie au 11^e jour pour hématome pelvi-abdominal.

M^{me} Car... Blanche, VI^e pare, âgée de 30 ans, entre à la clinique Tarnier le 2 avril 1936. Elle présente l'histoire clinique suivante :

Cinq accouchements normaux de filles actuellement bien portantes. Au 4^e accouchement, hémorragie de la délivrance. La 6^e grossesse a été jusqu'à terme. Pas d'albumine dans les derniers mois, mais gros œdème généralisé surtout au niveau des membres inférieurs, des mains et de la face. Pas de céphalées, pas de troubles oculaires, mais des crampes. La tension n'a pas été prise. Accouchement spontané d'une fille vivante pesant 3.700 grammes. Une demi-heure après, délivrance spontanée. Arrière-faix complet, mais à la face utérine du placenta se trouvent des caillots ne paraissant pas très anciens, mais très adhérents au placenta avec une zone d'aplatissement des cotylédons de la dimension d'une sou-

coupe. Pas d'hémorragies de la délivrance à proprement parler, mais hémorragies répétées après la délivrance, s'accompagnant d'état d'anémie aiguë important.

Révision utérine : rien dans l'utérus, utérus mou. Huit heures après l'accouchement, transfusion de sang de 300 gr. Hypophyse intra-utérine. L'hémorragie s'arrête et ne reprend pas.

Le 10^e jour des suites de couches, nouvelle hémorragie. L'utérus est trouvé gros, alors qu'il avait suivi une involution sensiblement normale. Un curettage est pratiqué en ville, mais ne ramène rien.

Le 11^e jour, à la clinique Tarnier, sous une excellente rachi-anesthésie, on intervient (Dr MERGER) : laparotomie médiane sous-ombilicale. Utérus gros, blanc, pâle. Il existe une infiltration sanguine importante du pédicule ovarien droit qui remonte derrière le péritoine jusqu'à la région de la veine cave et du rein droit. Hystérectomie subtotale en vase clos. Fermeture complète du col en vase clos. Péritonisation tout à fait satisfaisante. Fermeture de la paroi en trois plans. Un drain dans le cul-de-sac de Douglas.

Transfusion de sang de 300 grammes.

Suites simples.

OBSERVATION N° 10. — Grossesse gémellaire dystocique : fœtus thoracopages. Délivrance artificielle. Déchirure du segment et thrombus pelvi-abdominal. Hystérectomie.

M^{me} Aug... Aimée, primipare de 24 ans. Dernières règles du 18 au 22 février 1936. Grossesse normale, bien supportée.

La femme entre à la clinique Tarnier le 29 novembre 1936. A 9 heures, on note : dilatation comme une petite paume. Col épais. Bruits du cœur trop lents, mais bien frappés. Liquide teinté, tête élevée. Température : 36°6.

A 10 h. 30 : spasmalgine.

A 14 heures : tête non engagée; bruits du cœur perçus, dilatation à 5 francs.

A 21 h. 30 : tête engagée, bruits du cœur perçus, dilatation comme une grande paume de main.

Le 30 novembre 1936 : à 1 heure (Dr MERGER) : « Il s'agit d'une femme présentant une grossesse gémellaire diagnostiquée par la clinique et la radiographie ». Travail très long, ayant débuté le 28 novembre à 11 heures. Le 29, vers midi, la dilatation était comme une petite paume. Depuis ce moment, la dilatation est restée à peu près stationnaire; la tête qui est pourtant fortement engagée ne progresse plus du tout. Les bruits du cœur sont perçus. Il n'existe plus de contractions : c'est une véritable inertie utérine.

A 2 heures, on décide d'extraire le premier fœtus par forceps. Forceps sur sommet en D.P. Extraction en O.S. Dégagement des bras que l'on croit retenus par le col. Mais on ne peut extraire le fœtus et on prévient le Dr MERGER.

Les tractions sur le fœtus n'amènent strictement aucune modification : les bras sont collés à la vulve. On pense qu'il s'agit soit d'un accrochage entre les deux fœtus, soit d'une monstruosité. Or, d'une part, la mobilisation par l'abdomen du deuxième fœtus se transmet à la tête du premier qui se trouve hors de la vulve. D'autre part, en introduisant profondément la main dans le vagin, on constate que le détroit supérieur n'est pas occupé par un pôle, mais par des parties fœtales qui paraissent anormales et qu'on ne peut préciser. On se décide à sectionner le premier fœtus en bandouillère, ensuite on introduit la main dans les voies génitales; on va à la recherche d'un pied, on l'abaisse et on extrait le siège d'un fœtus porteur d'hypospadias. Ensuite, les tractions sur le pied ne donnent plus aucune progression, le fœtus se trouve bloqué.

En introduisant la main dans le vagin et en suivant le dos de ce fœtus, on tombe sur la surface de section antérieurement pratiquée. Il s'agit donc bien du premier fœtus, mais en suivant la face ventrale, on s'aperçoit qu'il existe : 1° une hernie de l'intestin et du foie; 2° que le premier fœtus adhère par le ventre au deuxième. On sectionne la zone d'adhérence, puis, en introduisant la main dans le vagin, on va à la recherche d'un pied et on extrait le second fœtus qui est porteur du même hypospadias. Il est pâle, avec une tête déformée et présentant dans la région abdominale antérieure une large zone où les viscères sont à nu.

Toutes ces interventions ont été pénibles et ont nécessité une longue anesthésie. De plus, la femme est largement délabrée, mais la muqueuse anale est intacte. Délivrance artificielle facile. On ramène un seul placenta présentant un seul cordon.

En vérifiant l'intégrité de l'utérus et du vagin, on s'aperçoit que le cul-de-sac droit paraît effondré; il existe à ce niveau une déchirure du col qui ne paraît pas cependant remonter très haut. Mais le doigt du côté droit file, semble-t-il, dans la cavité abdominale et atteint la paroi antérieure de l'abdomen, sous laquelle l'autre main se met en contact avec lui.

Diagnostic posé : lésion importante du vagin dans sa partie haute. D'où l'indication de pratiquer une hystérectomie suivie de drainage.

Intervention (Dr MERGER). — Laparotomie médiane sous-ombilicale. Les lésions paraissent tout de suite moins importantes que l'exploration vaginale ne le laissait pressentir. Il n'existe pas, à proprement parler, de solution de continuité mettant en communication la cavité abdominale et les voies génitales. Mais, du côté droit, il existe derrière la vessie et sur le bord antéro-latéral de l'utérus dans la partie basse, un volumineux hématome sous-péritonéal qui apparaît immédiatement sous la séreuse.

Il paraît plus prudent de pratiquer une hystérectomie, ce qui permettra un drainage plus efficace de l'hématome sous-péritonéal et mettra mieux à l'abri d'une cellulite pelvienne ou d'une péritonite possible. Hystérectomie subtotal en vase clos. On ferme ensuite l'utérus par un surjet qui obture la tranche utérine sans qu'elle soit au contact de la cavité péritonéale. Puis, mise en place d'un Mickulicz que l'on centre sur le moignon droit du bord utérin et que l'on augmente d'une mèche bien tassée. Fermeture de la paroi en deux plans. Sérum sous-cutané : 500 grammes; transfusion : 250 grammes. Solucamphre. Après l'intervention, le pouls est rapide, mais bien frappé. Suites simples. Guérison de la malade.

(Cette observation a été publiée par le Dr MERGER in *Gynécologie et Obstétrique* de novembre 1937.)

II. — Considérations Générales.

Ces deux observations de malades traitées à la Clinique Tarnier et dues au Docteur MERGER, nous font bien percevoir les éléments essentiels qui différencient les thrombus pelvi-abdominaux des hématomes vulvo-vaginaux : symptomatologie plus vague où domine le syndrome d'hémorragie interne ; pronostic beaucoup plus grave, nécessité d'une surveillance minutieuse et d'un traitement chirurgical actif.

Ces thrombus pelviens rappellent ainsi beaucoup, par leur nature évolutive et par l'intervention qu'ils commandent, les ruptures du segment inférieur. Ils sont d'ailleurs souvent associés, soit à une simple éraillure de ce segment, soit même à une petite rupture comme dans notre observation n° 10. Malgré cette rupture, nous avons voulu placer cette observation dans le cadre, un peu élargi pour elle, des thrombus haut situés, car la lésion la plus importante, et qui eût à elle seule nécessité un traitement chirurgical, était bien ce volumineux hématome sous-péritonéal responsable sans aucun doute de l'état d'anémie aiguë de la malade.

Avant d'examiner cette question de la thérapeutique à opposer à ces lésions si graves, et pour en montrer toute la nécessité, nous voulons citer ici une dernière observation de M. GONNET et JEANNIN, publiée en mars 1927 dans le *Journal d'Obstétrique et de Gynécologie* sous le titre de : « Thrombus abdomino-pelvien mortel ».

C... Marie, 23 ans, primipare. Entre à l'Infirmierie de la Maternité de l'Hôtel-Dieu de Lyon le 17 septembre 1926. Elle y est envoyée d'urgence pour thrombus vaginal. Elle meurt quelques minutes après son arrivée.

Par la famille, on apprend que l'accouchement a été normal. Les douleurs ont duré 15 heures. Délivrance spontanée 30 minutes après l'expulsion foetale (18 h. 30). Une heure plus tard, la malade se plaint de douleurs abdominales et a envie de pousser. Elle devient très pâle, sans hémorragie externe abondante. La sage-femme fait une injection vaginale chaude qui évacue un caillot du volume d'une tête foetale. Après cette injection apparaît un suintement sanguin minime et continu.

A 21 h. 30, un médecin appelé constate un volumineux thrombus vaginal et envoie la malade à l'Hôtel-Dieu où elle n'arrive pour mourir qu'à 1 heure du matin.

Toucher immédiatement après la mort : le vagin est obstrué par une énorme masse latérale droite, descendant jusqu'à 3 cm. environ de l'orifice vulvaire. Elle se continue avec une tuméfaction perçue dans la fosse iliaque droite qu'elle occupe en presque totalité. Sur la paroi latérale droite du vagin existe un orifice du diamètre d'une pièce de deux francs d'où partent quelques caillots. L'utérus est surélevé et normal.

A l'autopsie, on trouve un énorme hématome infiltrant tout le ligament large droit et remontant jusqu'au pôle inférieur du rein droit. A gauche : aucune lésion. L'hématome ne contourne pas l'utérus. La paroi vaginale postérieure n'est pas décollée du rectum. Il est absolument impossible de trouver le vaisseau qui a saigné, bien que l'artère utérine droite ait été remontée de son origine jusqu'à l'utérus. Les caillots extraits de la poche pèsent 1.200 grammes. A l'examen de l'utérus, aucune lésion; sur le vagin, pas d'autre lésion que l'ouverture du thrombus.

En somme : épanchement sanguin latéro-vaginal droit à évolution abdominale rapide dans les heures qui ont suivi l'accouchement et indépendamment de toute rupture utérine.

Ce cas de thrombus pelvien mortel n'est pas isolé dans la littérature. En 1922, METZGER et VAUDESCAL

présentent à la Société d'Obstétrique de Paris une pièce de thrombus pelvi-abdominal sans rupture utérine avec infiltration sanguine de la trompe et de l'ovaire remontant, comme dans notre observation n° 9, jusqu'à l'atmosphère péri-rénale. L'accouchée était morte le lendemain de l'accouchement.

Nous rappellerons encore un cas de thrombus grave, mais non mortel, ressemblant assez à nos deux observations. Il a été rapporté en 1911 à la Société d'Obstétrique de Toulouse par AUDIBERT et GARRIPUY : Un thrombus vaginal apparaît deux heures après une application de forceps chez une quartipare, évolue rapidement vers l'abdomen avec des phénomènes d'anémie aiguë grave. Sa masse volumineuse franchit le détroit inférieur à droite et refoule l'utérus. La progression locale s'arrête, les symptômes généraux s'amendent au moment où une intervention chirurgicale allait être pratiquée.

On pourrait peut-être nous objecter que, dans le cas d'AUDIBERT comme dans celui de GONNET, l'hématome sous-péritonéal s'accompagnait ou même était précédé d'un épanchement sanguin latéro-vaginal, tandis que nos deux observations et celle de METZGER ne comportent qu'une hémorragie sous-péritonéale. Nous croyons cependant que, tant par l'allure clinique que par les procédés de traitement à opposer à ces sortes de lésions, il est légitime de les placer dans le même cadre. Aussi ne considérons-nous dans ces cas l'hématome vaginal que comme un symptôme surajouté, souvent précieux pour le diagnostic, mais ne modifiant guère les indications thérapeutiques.

Celles-ci dépendent avant tout de la précision du diagnostic. Comment poser celui-ci? Autrement dit, en présence d'une accouchée récente qui présente un tableau d'hémorragie externe, interne ou mixte, comment penser au thrombus sous-péritonéal?

En dehors des cas les plus simples où coexistent des signes de thrombus vaginal tels que l'envie de pousser, thrombus qui serait facilement vérifié au toucher, nous pensons que deux ordres de symptômes peuvent mettre sur la voie du diagnostic. D'une part, une douleur sacro-lombaire extrêmement vive, continue, arrachant des cris à la malade et provoquant une agitation anormale due évidemment à la compression, ou mieux à la dissection véritable des nerfs présacrés par l'hémorragie qui décolle peu à peu tous les tissus. C'est un symptôme sur lequel GONNET insiste à juste titre. D'autre part, des signes physiques ne tardent pas à apparaître derrière les parois latérales de l'abdomen : empâtement plus ou moins résistant d'une fosse iliaque qui remonte peu à peu vers la région lombaire et qui pourrait, n'étaient la date d'apparition trop précoce après l'accouchement, et l'absence des signes d'infection, en imposer pour un phlegmon du ligament large.

Une comparaison s'est vite imposée à notre esprit pendant notre étude de ces thrombus pelvi-abdominaux de l'obstétrique; celle d'une affection que les chirurgiens de garde connaissent bien : la contusion du rein. Même rôle du traumatisme : traumatisme externe de l'hypocondre dans un cas, traumatisme obstétrical dans l'autre. Même importance du tissu

cellulaire lâche sous-péritonéal que le sang décolle peu à peu. Possibilité également rare d'hémostase spontanée. Même obligation de la surveillance minutieuse du malade d'heure en heure, au double point de vue augmentation des signes physiques de l'hématome, aggravation du syndrome d'hémorragie interne. Enfin, dans les deux cas, si l'on a la main forcée à l'intervention, même caractère exceptionnel de la chirurgie conservatrice.

III. — Traitement.

A) LES MÉTHODES.

C'est à la lumière de ces données qu'il faut envisager le traitement des thrombus pelvi-abdominaux. L'accoucheur dispose de trois méthodes :

1° L'expectative, aidée au besoin par une compression abdominale vigoureuse, réalisée — comme le préconise RHENTER — par un volumineux rouleau de coton maintenu par un bandage de corps bien serré; aidée surtout par la gamme des médicaments hémostatiques, y compris de petites transfusions anti-hémorragiques.

2° Le tamponnement vaginal serré après ablation des caillots, dans tous les cas où un hématome latéro-vaginal coexistera avec un thrombus sous-péritonéal.

3° L'intervention chirurgicale. Le premier temps de celle-ci sera obligatoirement une laparotomie sous-

ombilicale rapide, qui seule permettra de se rendre compte des lésions.

B) LES INDICATIONS.

Voici comment nous pensons pouvoir résumer les indications de ces différentes méthodes :

1° L'expectative sera réservée à tous les cas ne présentant pas un caractère d'urgence absolu. Elle devra s'accompagner d'une surveillance minutieuse de tous les instants, portant surtout sur les caractères du pouls, l'état de la tension artérielle, les changements de volume de l'hématome. L'augmentation progressive de ce dernier coïncidant avec une accélération du pouls et une baisse progressive de la pression artérielle, sera une indication opératoire formelle.

2° Le tamponnement serré du vagin sera fait systématiquement chaque fois que l'on constatera la présence d'un hématome péri-vaginal accompagnant un thrombus sous-péritonéal. Il se peut en effet que l'origine de la suffusion sanguine soit à ce niveau et que le tamponnement vaginal suffise à en arrêter l'extension.

3° L'indication opératoire a dû être posée; mais, le ventre ouvert, que faire?

Il est évidemment des cas (notre observation n° 10, par exemple) où la constatation d'une lésion corporelle ou segmentaire imposera la conduite à tenir.

Lorsqu'il n'existe qu'un hématome sous-péritonéal isolé, nous pensons qu'il faut d'abord inciser le péri-

toine, enlever les caillots et essayer de voir le vaisseau qui saigne. Peut-être aura-t-on parfois la chance de guérir sa malade avec une ligature.

Malheureusement, le plus souvent il n'en est pas ainsi. MÉRIEL recommande alors le tamponnement serré de la poche. Nous estimons que ce n'est pas une méthode sûre pour arrêter l'hémorragie, et que c'est s'exposer en tout cas aux suites opératoires les plus compliquées.

Nous ne croyons pas non plus devoir retenir l'idée d'AUDIBERT et GARRIPUY, qui préconisent la ligature de l'hypogastrique. Nous nous rappelons le cas des tumeurs malignes des ovaires où l'hémostase est toujours si difficile, et nous nous souvenons de ce qu'en disait notre Maître le Professeur TIXIER : « L'hystérectomie systématique est la méthode la plus simple pour réaliser complètement cette hémostase. »

C'est parce qu'elle permet d'assurer d'une façon rationnelle la ligature des trois troncs artériels qui irriguent la région; c'est aussi parce qu'elle donne un jour très large sur les espaces cellulaires du paramètre; c'est enfin parce qu'elle permet de péritoniser correctement et de fermer l'abdomen, que nous préconisons l'hystérectomie dans les cas de thrombus graves pelvi-abdominaux.

Les deux observations que nous rapportons, et où l'hystérectomie a été pratiquée chaque fois et suivie de guérison, nous permettent d'étayer cette opinion par des faits précis.

Nous n'insisterons pas sur la valeur des procédés habituels de traitement du syndrome d'anémie aiguë

par les tonicardiaques, les sérums et les transfusions. Si leur importance est grande, leur emploi n'offre pas, dans le cas de thrombus, de modalités particulières.

Enfin, pour être complet, et malgré le caractère tout à fait exceptionnel de cette éventualité, nous signalerons l'infection possible de l'hématome, qu'il faudra alors ouvrir et drainer par colpotomie s'il bombe dans le Douglas; sinon, par la fosse iliaque.

CONCLUSIONS

I. — L'étude des observations à la Clinique Tarnier, de 1930 à 1941, nous a permis de retrouver 12 cas de thrombus génitaux chez des accouchées.

II. — L'évolution clinique et les indications thérapeutiques de ces thrombus nous incitent à les séparer en deux études distinctes :

1° Les hématomes bas situés, vulvo-vaginaux, d'évolution le plus souvent bénigne, de traitement simple;

2° Les hématomes haut situés, pelvi-abdominaux, graves et de thérapeutique difficile.

III. — Dans le traitement des hématomes vulvo-vaginaux, nous croyons légitime de substituer au traitement classique par tamponnement une hémostase chirurgicale moderne, plus méthodique et plus sûre.

IV. — Le traitement des hématomes haut situés, sous-péritonéaux, demande d'abord une surveillance

minutieuse de la malade. Si l'hémorragie ne s'arrête pas spontanément, il faut intervenir par voie haute. Nous préférons au tamponnement illusoire de la fosse iliaque et à la ligature de l'hypogastrique, une rapide hystérectomie qui nous semble le procédé le plus sûr d'hémostase.

Vu :
Le Président,
M. JEANNIN.

Vu :
Le Doyen,
M. A. BAUDOIN.

Vu et permis d'imprimer :
Le Doyen de la Faculté des Sciences
chargé des fonctions de Recteur
de l'Académie de Paris
MAURAIN.

BIBLIOGRAPHIE

- BALARD (P.). — Thrombus vulvo-vaginal faisant obstacle à l'accouchement. Débridement, forceps, hémostase, suture, guérison per primam. (*Bulletin Soc. Obst. et Gynéc. de Paris*, 1922, p. 724.)
- BAUDIN (A.). — Thrombus pédiculé du vagin survenu au 6^e mois de la grossesse chez une multipare. (*Bulletin Société Anat. de Paris*, 1920, p. 564.)
- BORIES (Elie). — Thrombus génitaux puerpéraux. (*Thèse Paris*, 1904.)
- BOTTIROLI (E.). — Thrombosis vulvo-vaginales del parto. (*Rev. Med. de Rosario*, mai 1940, p. 548.)
- BRINDEAU et LEMELAND. — Thrombus ou hématomes génitaux. (In *La Pratique de l'art des accouchements*, t. III, p. 580.)
- CAGNETTA (V.). — Thrombo-vulvo-vaginale in gravidanza. (*Riv. Ospedale*, Roma 1915, V, p. 397.)
- CHAMPEAU. — (*Thèse Paris*, 1914.)
- COULIN (R.-F.). — Hematoma colpos. Parametro, abdominal agudo y grave en el post-partum. (*Semana Med.*, 5-12-29, p. 1676.)
- DEROMPS (De Téhéran). — (*Soc. Obst. et Gynéc. Paris*, 7 mars 1927.)
- FABRE et RHENTER. — (*Bull. Soc. Obst. et Gynéc.*, 17 septembre 1920.)
- GONNET et JEANNIN. — (*Bull. Soc. Obst. et Gynéc.*, 7 mars 1927.)

- KOCH (K.). — Ein Beitrag zur Klinik der Puerperalen Extremitäten gangran (Nach Thrombus). (*Geburtsh - U - Frauenh*, février 1940, p. 108.)
- LABRY et CHAVENT. — Thrombus vulvo-vaginal au cours de la grossesse. (*Bull. Soc. Gynéc. et Obst.*, mai 1929, p. 367.)
- NARVAEZ (F.). — Tres casos de hematoma puerperal. (*Rev. Med. de Yucatan*, 2-9 juin 1930.)
- RHENTER, PIGEAUD, GUILLERMIN. — Thrombus vulvo-vaginal survenu pendant la période expulsive. (*Bull. Soc. Obst. et Gynéc.*, janvier 1928, p. 72.)
- RUSO (V.). — Osservazione sopra 3 casi di thrombo vulvo-vaginale puerperale. (*Arte Ostet., Milano*, 1922, p. 5.)
- SCHAFER (G.). — Thromboseentstehung während der geburt. (*Ztschr. F. Geburtsh. U. Gynak.*, 1939, p. 320.)
- THIBAUDIER. — (*Thèse Lyon*, 1921.)
- VALLOIS. — (*Montpellier Médical*, 1902.)
- VORON et RHENTER. — (*Bull. Soc. Obst. et Gynéc.*, 5-12-21.)

